

NOGLE ETISKE PROBLEMER I PSYKOTERAPI

Esben Hougaard

Artiklen handler om nogle etiske problemer i psykoterapi, der tegner sig markant ud fra en teoretisk indfaldsvinkel. Først argumenteres der for, at opfattelser af psykoterapi som værdifrit forehavende er "myter". Dernæst beskrives nogle problemer i forbindelse med terapeutens magtposition i det psykoterapeutiske forhold. Til sidst fremdrages psykoterapiens problematiske videnskabelige status i relation til psykoterapeutisk etik.

Alle foreteelser mellem mennesker berører etiske problemer og psykoterapi i højere grad end så mange andre. Etik eller moral¹ handler om, hvad der er rigtigt og forkert, godt og ondt, pligt og rettigheder, samt om, hvad vi skal, bør og må, respektivt ikke skal, bør og må – kort sagt om værdier, og hvordan vi skal handle i forhold til værdier. Den psykoterapeutiske praksis er på kryds og tværs indvævet i moralske værdier. At det forholder sig således er vel i dag accepteret af de fleste, men den nære relation mellem psykoterapi og etik har ikke altid været åbenbar. Til trods for, at en af psykoterapiens officielle rødder har betegnelsen "moralisk behandling", har diskussionen af etiske problemer i forbindelse med psykoterapi ført en tilbagetrukket tilværelse i det meste af den moderne psykoterapis historie. Negligeringen af moralske værdiers betydning i psykoterapi er i almindelighed sket med den (implicite) begrundelse, at psykoterapi er en objektiv, videnskabeligt baseret behandlingsmetode, der altid tjener klientens bedste uden at skade andres interesser. De seneste årtier har imidlertid været vidner til en voksende erkendelse af uholdbarheden af denne begrundelse med tilsvarende eksplosiv vækst i litteraturen om etiske problemer i psykoterapi, især i perioden efter 1970 (Bloch & Chodoff, 1981a; Haas & Fennimore, 1983; Haas, Fennimore & Warburton, 1983), der også har været kendetegnet ved stærkt øget samfundsmæssig interesse for etiske problemer i almindelighed.

Mange faktorer kan have bidraget til at bringe etiske problemer i forgrunden af dagens debat. Samfundsendringerne de sidste 25 år er sket med hidtil uset hast, og den tilhørende hastige ændring i de moralske normer har selsagt medvirket til at synliggøre etiske problemer. Nyhedsmedierne sørger for, at vi dagligt konfronteres med moralske problemer af dimensioner, der ikke tidligere har været kendt i historien: våbenkapløbet mellem supermagterne, den voksende kløft mellem den rige og den fattige del af verden, den globale forurening af naturen. Autoritetsopgøret fra tresserne og frem har bevirket, at der i

1. Begreberne anvendes her synonymt, bortset fra enkelte steder, hvor "etik" anvendes i betydningen "morallære".

tiltagende grad ytres skepsis over for samfundets ledere og eksperter, og tiltroen til disses moralske habitus er yderligere svækket af gentagne afsløringer i pressen, blandt hvilke "Watergate-affæren" nok er den kendteste. Endelig kan det nævnes, at fremvæksten af ny teknologi, især inden for det bio-medicinske område, har skabt en række nye etiske problemer, der i deres prægnante brud med instituerede moralske rutiner er egnede til etisk hovedbrud.

Det synspunkt er blevet fremført, at vi har bevæget os fra "angstens tidsalder" over i den nuværende "etiske krises tidsalder" (Spiegel, 1978). Mistroen til etablerede institutioner og autoriteter er også blevet udstrakt til de psykoterapeutiske professioner. Fra begyndelsen af tresserne, hvor psykiatrikrisiske værker af bl. a. Laing, Szasz og Foucault så dagens lys, har psykiatrien været udsat for tiltagende kritik i offentligheden. Skønt kritikken i første omgang var rettet mod den traditionelle anstaltspsykiatri med dens mekanistiske sygdomsforståelse og medicinsk orienterede behandlingspraksis, er heller ikke psykoterapien i det lange løb gået ram forbi. Som Karasu (1981, p. 89) udtrykker det: "psykoterapeuten, der engang fik lov at være relativt uforstyrret inden for konsultationsværelsets private grænser, bestormes nu "indefra" og "udefra". "Indefra" trues psykoterapiens fred af de meget forskelligartede opfattelser af psykoterapi, der trives blandt psykoterapiens udøvere; "udefra" af den almindelige forvirring i offentligheden angående hvad man skal tro og mene om psykoterapi. Psykoterapiens udvikling har selv bidraget til dens "troværdighedskrise" i og med den eksplosive vækst i antallet af markedsførte terapiformer og den manglende empiriske underbyggelse af centrale kliniske antagelser om psykoterapis virkemåder (Hougaard, 1983; 1984).

Etiske problemer i psykoterapi kan træde frem såvel, når blikket rettes mod terapeuten, som når det rettes mod klienten. I Pinels og Tukes "moraliske behandling" var klientens moralske problemer i fokus i og med, at psykoterapi blev anskuet som en slags genopdragelse af den moralsk-inferiøre klient. I psykoterapiens nyere, videnskabelige æra har det i almindelighed ikke hørt til god tone at klandre klientens moralske habitus, skønt det synspunkt stadigt kan ses forfægtet, at psykoterapi først og fremmest er et spørgsmål om klientens skyld (og ikke skyldfølelse), bekendelse, anger og soning (Mowrer & Vezelovsky, 1980). Ellers er det næsten udelukkende terapeuten, der har været i søgelyset i den moderne diskussion af etiske problemer i psykoterapi. Etiske problemer i psykoterapi har først og fremmest drejet sig om *terapeutens* etiske ansvarlighed.

Ansvarlighed i moderne sækulariseret etik har at gøre med at stå til regnskab over for konkrete personer og persongrupper. Terapeuten er ansvarlig over for sin klient, samfundet, andre sundhedsprofessionsudøvere og sig selv, som det hedder i de etiske principper for den amerikanske lægeforening (Bloch & Chodoff, 1981b, p. 345). Principielle etiske problemer kan opstå, når almene samfundsværdier kolliderer i forbindelse med psykologisk behandling, f.eks. hensynet til individets frihed med hensynet til almenvellet (jvf. Kelman & Warwick, 1978), men de hyppigste konflikter har utvivlsomt at gøre med konkrete interessemodsetninger mellem de forskellige relevante parter. Fra den hippokratiske ed og frem har klientens tarv været placeret i forgrunden af sundhedsprofessionernes etiske regler. I Dansk Psykologfore-

nings etikregler hedder det således eksplicit: "Hensynet til klienter og forsøgs-personer må gå forud for psykologens personlige interesser såvel som for hans/hendes arbejdsgiveres og kollegers interesser". Det er imidlertid ikke altid let at afgøre, hvad der i sidste instans er i klientens interesse, og reglen udsiger heller ikke mere præcist, hvorledes de forskellige interesser skal vægtes over for hinanden (noget sådant er selvsagt ikke muligt). Terapeuten kan naturligvis ikke etisk forsvarligt hjælpe klienten til at realisere værdier, der strider mod terapeutens egen moral, jvf. det retoriske spørgsmål, om terapeuten i givet fald ville have været villig til at hjælpe Hitler med at gennemarbejde sin skyldfølelse over massedrabene under 2. verdenskrig. Interventioner over for den enkelte klient vil influere på dennes samspil med omgivelserne, og dette må også inddrages i terapeutens etisk overvejelser. Mandens selvhævdelsestræning kan måske betyde konens undetrykkelse. Og sammenstødet mellem individets og samfundets interesser er velkendt fra psykiatrien, hvor terapeuten fungerer som "dobbeltagent" som både behandler og social kontrolinstans. Selv i psykoterapiens "idealtilfælde" i etisk henseende – individualterapi med en voksen, tilregnelig klient, der frivilligt medvirker under "informeret samtykke" – kan det ikke undgås, at forskellige værdiperspektiver undertiden støder sammen. Hvor psykoterapien afviger fra dette "idealtilfælde" – f.eks. ved familierapi, behandling af børn, psykotiske patienter, eller hvor behandlingen foregår mere eller mindre tvangsmæssigt som i visse institutioner – accentueres mulighederne for værdikonflikter.

Talrige praktiske etiske problemer kan opstå i tilknytning til den konkrete udøvelse af psykoterapi i hver af behandlingens faser: klientens adgang til terapi, etablering af kontakt, målsætning for behandlingen, valg af behandlingsmetoder og behandlingens afslutning (jvf. Walker, Ulissi & Thurber, 1980). Mere overordnede etiske spørgsmål er også stillet i forbindelse med psykoterapi, f.eks. om behandlingsressourcerne er rimeligt fordelte i forhold til befolkningens behov, eller om værdien af psykoterapi i det hele taget. Det er tit nok påpeget, at tilbud om psykoterapi fordeles uretfærdigt i den forstand, at langt de fleste ressourcer anvendes på relativt velstillede klienter med ikke alt for alvorlige lidelser (Lorion, 1978; Korchin, 1980). Albee (1982) har over en årække advaret mod sundhedsprofessionernes tilbøjelighed til at satse på psykoterapi (på bekostning af forebyggelse) ud fra dens konstaterede begrænsning med hensyn til at klare de psykiske sundhedsproblemer i en store samfundsmæssig sammenhæng. Endnu mere radikalt har Szasz (1978) i en lidt luftig analyse forsøgt at gøre op med det, han betegner som "Myten om psykoterapi" som behandling af psykiske sygdomme. Ifølge Szasz har psykoterapi mere til fælles med religion, retorik og undertrykkelse end med medicinsk behandling og han mener, at psykoterapi i det store og hele snarere er til skade end gavn for klienterne.

Nærværende artikel vil hverken forsøge at udlede konkrete etiske principper for psykoterapiens praktiske udøvelse eller diskutere psykoterapiens almene samfundsmæssige berettigelse. Det, som vil blive taget op, er nogle relativt almene etiske problemer i psykoterapi centreret omkring skæringspunktet mellem videnskab og profession. Artiklen har først og fremmest sit udspring i en videnskabelig interesse for psykoterapi. Problemer, der tegner sig markant

ud fra en teoretisk indfaldsvinkel er ikke nødvendigvis sådanne, der er vigtige i praktisk sammenhæng. Det, som artiklen handler om, er etiske problemer, der har principiel betydning for udøvelsen af psykoterapi, og ikke sådanne, der i almindelighed er grundlag for klager til etiske nævn.

Myter om psykoterapiens værdineutralitet

Som nævnt i indledningen har det ikke altid været anset for selvindlysende, at psykoterapi indebærer etiske problemer. Tværtimod har dominerende terapeutiske traditioner ment at kunne negligere etiske spørgsmål ud fra opfattelsen, at psykoterapi kunne udøves værdineutralt. Der er forskellige udgaver af denne opfattelse, der dog i hovedsagen kan grupperes om følgende tre, hver med hovedtilknytning til en af psykoterapiens tre "hovedkræfter". En første opfattelse, der har været fremherskende i klassisk psykoanalyse, anskuer psykoterapi som en videnskabeligt ledet erkendelsesproces med terapeuten som værdineutral vejleder af klienten i dennes søgen mod sandheden om sin neuroses væsen. En anden opfattelse, der ligeledes har affinitet til psykoanalysen, men som i reneste form findes udtrykt i Rogers såkaldte "ikke-dirigerende" terapi, går ud på, at psykoterapi ikke indebærer en egentlig påvirkning af klienten, men alene har karakter af en frigørelse af klientens vækst-potentialer under terapeuten's katalyserende indflydelse. En tredje dominerende opfattelse af psykoterapi som værdineutralt forehavende anskuer det psykoterapeutiske forhold på linie med ethvert andet professionelt kontraktligt forhold, hvor en teknisk ekspert stiller sin kunnen og viden til rådighed for klienten. Skønt denne opfattelse kan forefindes inden for mange forskellige terapiretninger, fremføres den særligt markant i adfærdsterapien, hvor man til gengæld eksplicit tager afstand fra de to tidligere nævnte opfattelser. I det følgende vil argumentationen for psykoterapiens værdineutralitet i forbindelse med de tre opfattelser blive taget op med henblik på en imødegåelse.

For Freud var psykoanalysen en objektiv videnskab, der byggede på iagttagelser fra den psykoterapeutiske situation. Den psykoanalytiske terapi har ifølge Freud ikke kun karakter af en behandlingsmetode over for neurotiske lidelser, men anses også for psykoanalysens eksklusive undersøgelsesinstrument, gennem hvilket det empiriske fundament for psykoanalysens teoretiske viden tilvejebringes. Den psykoanalytiske terapi sigter mod en dobbelt erkendelse, analytikerens videnskabelige og klientens personlige, og korrektheden af den sidste garanteres af korrektheden af den første. Skønt Freud med sine dybtgående studier af moralens vildveje naturligvis ikke var blind for etiske problemer i forbindelse med terapeuten's opførelse i terapien (jvf. det vigtige terapeutiske begreb "modoverføring"), anså han disse for overvejende at være af praktisk natur, et spørgsmål om mangelfuld egenanalyse eller manglende overholdelse af den tekniske regel om terapeuten's neutralitet, og ikke for at være af principiel betydning for udøvelsen af psykoterapi. For Freud som for den senere psykoanalyse blev psykoterapi anskuet som et erkendelsesstyret forløb med sandheden som overordnet, fælles værdi, der — i hvert fald principielt — skulle sikre samspelet mellem analytiker og analysand mod etiske dissonanser.

Det alvorligste modargument mod opfattelsen af psykoterapi som en videnskabeligt ledet erkendelsesproces består uden tvivl i, at såvel klientens bedring som hans formodede indsigt kan skyldes terapeutens suggestive påvirkning. Freud, der jo selv med inspiration fra Bernheim havde praktiseret suggestiv terapi, var yderst opmærksom på denne indvending mod psykoanalysen, og han har flere steder i sit forfatterskab forsøgt at imødegå den. Den amerikanske videnskabsteoretiker Adolf Grünbaum (1982) har taget problemstillingen, som han anser for afgørende for psykoanalysens videnskabelige status i det hele taget, op til grundig behandling. Freuds modargumentation over for suggestionsindvendingen, klarest fremført i den 28. og afsluttende af forlæsningerne til indføring i psykoanalysen (Freud, 1917), bygger på to centrale præmisser. For det første, at analysanden bibringes korrekt indsigt gennem analytikerens tolkninger i terapien. Og for det andet, at alene analysandens korrekte indsigt i neurosens ubevidste dynamik og genese er tilstrækkelig til at sikre en varig og tilbundsående oplysning af lidelsen. Skønt Freuds argumentation mod suggestionsindvendingen ifølge Grünbaum kan karakteriseres som epistemologisk avanceret, er de ovennævnte to centrale præmisser gjort tvivlsomme af senere empirisk forskning. Mod den første præmis taler dels, at psykoanalysens teori er stærkt omdiskuteret, og selv positivt indstillede oversigtsværker over empirisk forskning omhandlende psykoanalysen som Fisher & Greenberg (1977) finder, at teorien kræver afgørende ændringer i lyset af eksisterende undersøgelsesresultater. Dels, at undersøgelser af psykoanalytiske tolkninger i almindelighed har fundet særdeles lav interbedømmerreliabilitet (Hougaard, 1983, pp. 43-45), hvilket viser, at psykoanalytikerne end ikke indbyrdes kan blive enige om, hvilke tolkninger der er korrekte. Mod den anden præmis taler dels, at det ikke empirisk er dokumenteret, at psykoanalyse skulle indtage en særstilling blandt de forskellige former for psykoterapi ved at opnå mere gennemgribende og varig effekt, dels at der undertiden ses terapeutiske fremskridt som følge af arbitrære eller fejlagtige tolkninger (Fisher & Greenberg, 1977). Blandt psykoanalytikerne selv synes den rolle, indsigt tilskrives som "kurativ faktor" kraftigt på retur (Eagle & Wolitzky, 1982). Psykoanalysens formodede videnskabelige vejledning mod korrekt erkendelse kan vise sig at være en subtil indoktrinering i terapeutens teori, hjulpet frem af de stærkt suggestive elementer, psykoanalytikerne siden Freud har vidst, også er tilstede i den psykoanalytiske terapi. Psykoanalysens kritikere har længe været tilhængere af denne antagelse, men også blandt psykoanalysens egne anses den undertiden for en realistisk mulighed. Ved en paneldiskussion på et symposium om psykoterapi i 1983 blev deltagerne opfordret til at kommentere svagheder i deres egen terapeutiske metode (Williams & Spitzer, 1984). Den fremtrædende psykoanalytiker Otto F. Kernberg havde følgende kommentar: "Psycho-analysis, I think, doesn't measure up because of the potential for arbitrary interpretations and fancy theories that are given to patients and practically indoctrinate them. In other words, we educate the patient toward our theories." (Kernberg, 1984, p. 270).

Egentlig er det unfair at bringe Rogers navn på bane i forbindelse med traditionel psykoterapis forsøg på at udelukke værdispørgsmål fra diskussionen af psykoterapi. Rogers har altid hævdet, at der var tæt sammenhæng mellem

værdier og psykoterapi såvel som mellem værdier og videnskab i det hele taget. På den anden side er Rogers navn frem for noget knyttet til en opfattelse af psykoterapi, der ofte har været bragt frem i forsvaret for psykoterapiens værdineutralitet, at psykoterapi kan fungere "ikke-dirigerende" med terapeuten alene som katalysator eller majeutiker, der hjælper klientens frigørelsespotentialer til udfoldelse uden at blande sig i frigørelsesprocessens retning. Ifølge denne opfattelse påvirker terapeuten ikke klienten i egentlig forstand, og han behøver følgelig heller ikke frygte for at udsætte klienten for værdimæssige overgreb. Selv om Rogers terapi har ændret betegnelse fra oprindeligt "ikke-dirigerende" til "klient-" og senere "person-centreret" terapi i og med en tiltagende vægning af terapeuten aktive bidrag til terapien gennem de såkaldte terapeutiske "kernebetingelser": kongruens, ubetinget positiv accept og empatisk forståelse (Rogers, 1957), har dette ikke influeret på hans almene forståelse af psykoterapi. Rogers medgiver, at psykoterapi i nogle udgaver kan være stærkt manipulerende, men han mener ikke, dette gælder for klientcentreret terapi. Tilstedeværelsen af de terapeutiske kernebetingelser kan nok forudsige, at der vil ske en forandring hos klienten i retning af øget vækst og psykisk integration, men disse forandringer er uforudsigelige med hensyn til specifik retning, idet de essentielt er frie (Rogers, 1961, pp. 396-398).

De fleste nyere kommentarer anser Rogers forestilling om den ikke-dirigerende terapeut for urealistisk i forhold til den måde, psykoterapi faktisk fungerer. Undersøgelser har fundet belæg for, at virksom psykoterapi i almindelighed indebærer en konvergens mellem terapeuten og klientens holdninger og værdier i den forstand, at klienten efter behandlingen har tilnærmet sig terapeuten værdier (Parloff, Waskow & Wolfe, 1978; Beutler, 1981). Processtudier af Rogers egne terapiforløb har også stillet spørgsmålstejn ved forestillingen om terapeuten som en ikke-dirigerende katalysator (Murray, 1958; Truax, 1966) Truax lod uddrag af terapibånd med Rogers tale med henblik på terapeuten varme, empati og "directiveness" og fandt, at Rogers anvendte de terapeutiske kernebetingelser selektivt afhængigt af klientens udsagn, således at "god" klientadfærd (problemorientering, klarhed i udtryksmåde, indsigt o. lign.) belønnedes. Når f.eks. klienten udtrykte sig i en stil, der lignede terapeuten, blev Rogers mere varm og accepterende og mindre dirigerende (Truax, 1966, p. 5). Truax fandt yderligere, at antallet af klientens udsagn inden for de kategorier, Rogers belønnede, tiltog med behandlingens forløb. Truax mener, at undersøgelsen taler afgørende for en betydelig forstærkningseffekt i klientcentreret psykoterapi og altså imod Rogers opfattelse, at terapeuten er ikke-dirigerende.

Adfærdsterapeuter var måske oprindeligt i endnu højere grad end terapeuter fra andre terapiretninger tilbøjelige til at frasige sig relevansen af etiske spørgsmål for udøvelsen af deres behandling. Adfærdsterapiens selvforståelse indebærer en tæt tilknytning til det positivistiske videnskabsideal, hvor videnskab og værdier anses for skarpt adskilte. Skønt man vedkendte sig, at *anvendelsen* af den adfærdsterapeutiske teknologi har etiske implikationer, blev teknologien i sig selv anskuet som etisk neutral (Skinner, 1971). Bestræbelserne for etisk afklaring i adfærdsterapien er utvivlsomt blevet hjulpet frem af den ofte voldsomme moralske kritik, der udefra – fra andre terapiretninger

og fra offentligheden – er blevet rettet mod den (Franks & Wilson, 1975). Ved eksplicit at vedkende sig terapiens kontrollerende og manipulerende elementer samtidig med, at betydningen af klientens indsigt underkendes, har adfærdsterapien været et oplagt mål for en sådan kritik, såvel ud fra traditionelle psykoterapeutiske værdier som ud fra almindelige borgerlige frihedsideal-er.

Adfærdsterapiens svar på denne kritik er som regel gået på, at alene valget af målsætning i terapien er et værdianliggende, og at de etiske problemer forsvinder i og med, at klienten her får den afgørende indlydelse. Således f.eks. Bandura (1969, p. 112): ”Udvælgelsen af mål indebærer værdivalg. I den udstrækning at folk overtager hovedansvaret for at beslutte, i hvilken retning deres adfærd skal ændres, bliver den ofte udtrykte bekymring for menneskelig manipulation i bund og grund et skinproblem.” Bandura hører til den kreds af teoretikere, der har ofret adfærdsterapiens etiske problemer seriøse overvejelser, og han har sikkert ret i det mindste så langt, at givet klientens frie samtykke til behandlingen adskiller adfærdsterapiens etiske status sig ikke væsentligt fra andre terapiformers. På den anden side forsvinder de etiske problemer ikke ved at overlade terapiens målsætning til klienten og alene anskue terapeuten som en teknisk ekspert, der stiller sin viden og kunnen til rådighed for klienten i et professionelt forhold.

Problemer kan naturligvis opstå ved, at klientens værdier kolliderer med andres, og at terapeuten finder klientens målsætning umoralsk (jvf. Strupp, 1974). Dertil kommer, at det undertiden kan være et problem at afgøre, hvem der er terapeutens klient, særligt i tilfælde, hvor den betalende instans er en anden end den person, der er mål for den terapeutiske forandring (Stoltz, 1978). Hvem er terapeutens klient, hvis forældrene henvender sig med deres adfærdsvanskelige barn, hvis læreren henvender sig for at få hjælp til at skaffe ro i klassen, eller hvis institutionen henvender sig for at få gennemført et miljøterapeutisk program? Uden tvivl ligger her gemt et af adfærdsterapiens alvorligste etiske problemer i praktisk forstand, idet et af de første områder, hvor adfærdsterapien vandt indpas, var såkaldt ”totale” institutioner som psykiatriske hospitaler, fængsler o. lign. Indførelsen af f.eks. ”token-economy”-programmer i sådanne institutioner har med rette haft offentlighedens bevågenhed, idet det er almindeligt anerkendt, at der undertiden under denne etikette er gennemført klart uetiske indgreb i klienternes rettigheder. Golddiamond (1975, p. 23) beretter således om en institution, hvor patienterne sov på gulvet, fordi de ikke gennem deres opførelse havde indtjent tilstrækkeligt mange poletter til at købe sig sengeplads.

I forbindelse med de ovennævnte problemer er det blevet fremført som et alment etisk krav i adfærdsterapien, at den person, hvis adfærd behandlingen sigter mod at ændre, altid direkte inddrages i beslutningsprocessen (Golddiamond, 1975; Stoltz, 1978). Selv om der således er sammenfald mellem klient og målperson for behandlingen, er det imidlertid ikke uden problemer at nå til det, der omtales som ”informeret samtykke”, fra klientens side, dvs. at klienten ved, hvad behandlingen indebærer og frivilligt indlader sig på den. For det første er det, selv i adfærdsterapi, der ofte fremhæves for sin eksplicitet med hensyn til målsætning og terapeutisk rationale, vanskeligt helt klart på

forhånd at forklare klienten, hvad han går ind til, eller informere udtømmende om behandlingens sandsynlige udbytte, risici og alternativer. Opfattelsen af adfærdsterapeuten som en "program konsulent", der ved hvert trin i forløbet eksplicit informerer klienten og overlader afgørelsen til dennes frie valg (Gold-diamond, 1975), er et utopisk ideal, der næppe kan indfris i nogen form for terapi. Lanyon & Lanyon (1978, p. 27) fremhæver desuden, at adfærdsterapi ikke er det egnede valg for den terapeut, der føler sig utilpas ved direkte at påvirke klienten uden hele tiden at skulle tage hensyn til klientens egen beslutning og eget arbejdstempo. For det andet anses selve afklaringen af klientens målsætning i traditionel psykoterapi for en central del af behandlingen, der kan strække sig over lang tid. Psykoanalytikerken Wachtel, der indgående har beskæftiget sig med adfærdsterapi i et forsøg på at integrere de to terapeutiske retninger, finder således, at adfærdsterapeuterne i langt højere grad end dynamiske terapeuter er tilbøjelige til at tage klientens første præsentation af sit problem for pålydende, og de synes hurtige til at træffe afgørelser om behandlingens målsætning ud fra opfattelsen af klienten som "thwarted in a fairly single-minded pursuit of conventional and socially acceptable aims." (Wachtel, 1977, p. 125). Adfærdsterapeuterne Wilson & Evans (1977, p. 522) anfører tilsvarende, at vægtningen af eksperimentel laboratorieforskning i deres uddannelse kan have ført til en "bias" hos adfærdsterapeuterne mod "for hurtigt at søge efter en observerbar adfærd at ændre". For det tredje er klienter i psykoterapi ofte i en situation, hvor de kan have vanskeligt ved at foretage realistiske valg. Selv hvor psykoterapi foregår med voksne, ikke-psykotiske og ikke-institutionsanbragte klienter, vil klienterne ofte kunne føle, at den pågældende behandling er den eneste mulighed for at klare deres problemer, og terapeutens magtposition kan gøre det vanskeligt for klienten at hævde sine synspunkter imod terapeutens. Over for andre klienttyper er problemet med at opnå informeret samtykke yderligere besværliggjort (jvf. Stoltz, 1978). Endelig kan for det fjerde nævnes, at den ekspertise, terapeuten tilbyder i adfærdsterapi, ikke ser ud til at være så klar og veldefineret, som adfærdsterapeuterne har yndet at foregive. Lanyon & Lanyon (1978) stiller adfærdsterapiens professionelle forhold til klienten i delvis modsætning til "relationship"-terapiernes mindre klare og overføringsfarvede forhold. Men også i adfærdsterapi synes såkaldte "relationship"-faktorer at spille en afgørende rolle for behandlingens udfald (Sloane et al., 1977; Ford, 1978), og adfærdsterapien kan så lidt som andre terapiformer påstå at være nået til klarhed over, hvad der er terapiens virksomme elementer (jvf. Hougaard, 1983, pp. 46-52). En teknisk ekspert, der ikke præcist ved, hvilken ekspertise han sælger til klienten, er klart nok stillet over for etiske problemer.

Det er mit håb med denne korte argumentationsskitse at have godtgjort, at etiske værdier faktisk spiller en rolle i psykoterapi. Hverken psykoanalysens opfattelse af psykoterapi som en videnskabeligt ledet erkendelsesproces, den klientcentrerede terapies opfattelse af psykoterapi som en ikke-dirigeret vækstproces eller adfærdsterapiens opfattelse af psykoterapi som et teknisk ekspertforhold er egnede til at argumentere mod værdiernes indflydelse i psykoterapi. Det må understreges, at argumentationen i højere grad er rettet mod implicite antagelser i traditionelle udgaver af de pågældende terapier end mod

eksplicite etiske overvejelser de seneste år, hvor etiske problemer i psykoterapi er blevet taget alvorligt, og hvor tesen om den værdifrie psykoterapi alment er blevet stemplet som en myte. Samtidigt skal det påpeges, at argumentationen ingenlunde har til hensigt at anfægte værdien af de synspunkter, der fremhæver klientens selverkendelse, terapeutens bestræbelser for ikke at påtrykke klienten sine egne værdier eller det eksplicite kontraktlige forhold mellem klient og terapeut som vigtige etiske retningslinier for psykoterapi. Pointen er alene den, at intet af disse synspunkter er nogen patentløsning på psykoterapiens etiske problemer.

Det terapeutiske forhold: magtens dilemma

En af årsagerne til, at der opstår særlige etiske problemer i psykoterapi til forskel fra andre professionelle forhold, er den, at det personlige forhold mellem terapeut og klient spiller så afgørende en rolle for behandlingens udfald. Klient-terapeut forholdets betydning fremhæves eksplicit i den Amerikanske Psykiatriske Forenings etiske principper: "Lægerne er i almindelighed enige om, at læge-patient forholdet er en så afgørende faktor i effektiv behandling af patienten, at bevarelsen af optimale betingelser for udviklingen af et sundt arbejdsforhold mellem en læge og hans/hendes patient skal gå forud for alle andre hensyn."² Undersøgelser af psykoterapi har i almindelighed fundet belæg for, at terapeutens personlige fremtræden i terapien er en bedre forudsiger af behandlingens resultat end terapeutens teori og teknik (Bergin & Lambert, 1978; Lambert, 1982). Klientens rolle bør dog ikke glemmes i denne sammenhæng, idet nogle undersøgelser har fundet, at kvaliteten af det terapeutiske forhold mere afhænger af klientens bidrag end af terapeutens (Marziali et al., 1981; Hartley & Strupp, 1982), ligesom man i almindelighed har fundet den største sammenhæng mellem terapeutens personlige fremtræden og udfaldet af terapien, hvor klienten har været kilde til bedømmelsen (Gurman, 1977).

Psykoterapi er, som Beutler (1983, p. 1) udtrykker det, formentlig det eneste professionelle forhold, hvor en højt uddannet ekspert forlanger betydeligt salær for en ydelse, hvis aktive ingredienser er uklare og omdebatterede, og hvor målsætningen oftest er uspecificeret. Klinikerne giver ofte udtryk for, at psykoterapiens vigtigste "værktøj" er terapeutens personlighed, medens teknikkerne spiller en underordnet rolle, men hvordan terapeutens personlighed gør sig gældende i psykoterapi er uklart, og der hersker end ikke enighed om, på hvilken måde man overordnet skal anskue karakteren af det personlige forhold mellem terapeut og klient i psykoterapi. Forestillingen om psykoterapeuten som en ikke-dirigerende majeutiker, der hjælper klientens frigørelsespotentialer til udfoldelse uden at påvirke frigørelsesprocessens retning synes som nævnt uholdbar. Den diametralt modsatte opfattelse, der anser terapeuten for at være i besiddelse af næsten uindskrænket magt til at kontrollere og manipulere sin klient, er imidlertid mindst lige så fejlagtig. Skræmmebilledet

2. "Principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry of the American Psychiatric Association", vedtaget 1973 og revideret 1978 (Bloch & Chodoff, 1981b, p. 353).

af den adfærdsteknologiske manipulator, der kan forme klientens adfærd efter forgodtbefindende, som undertiden fremmanes i den offentlige debat om adfærdsterapi, er videnskabeligt uholdbar. Den populære antagelse, at mennesker kan betinges automatisk og passivt er i det store og hele en myte (Bandura, 1969; 1975). Menneskelige handlinger influeres ifølge Bandura i almindelighed i ringe grad af deres konsekvenser, med mindre de pågældende er klar over sammenhængen. Når en person er klar over, hvad der søges "forstærket", kan han vælge at øge den pågældende adfærd, neglicere forstærkningen eller reagere oppositionelt – det sidste jvf. Krasner & Ullmanns (1958) paranoide patient, der opdagede forbindelsen mellem moder-relaterede udsagn, og terapeutens påskønnelse, for derefter aldrig mere at omtale moderen! Bandura (1975) gør opmærksom på, at adfærdsterapeuterne selv har bidraget til offentlighedens vrangbillede af adfærdsterapien gennem deres hang til at tale om "kontrol". Den nyere adfærdsterapi har alment taget afstand fra metaforiske beskrivelser af terapeuten som "social forstærkningsmaskine", "adfærdssingeniør" eller "adfærdsprogrammør" (Wilson & Evans, 1977). Social forstærkning i psykoterapi medieres af klientens forståelse og vurdering, ligesom det er vigtigt at understrege, at der er tale om en gensidig påvirkningsproces, hvor også klientens adfærd influerer på terapeuten.

Ikke desto mindre er der almindelig enighed om, at magtfordelingen i den gensidige påvirkningsrelation mellem terapeut og klient er udpræget skæv i terapeutenes favør. Terapeuten har næppe mulighed for at unddrage sig sin magtposition i forholdet, selv om han ville det, på grund af klientens oplevede magtesløshed og tilbøjelighed til at projicere forestillinger om magt og kompetence på terapeuten, der tilsvarende hans egen oplevelse af behovet for hjælp. Selv den neutrale og minimalt indgribende terapeut vil i kraft af overføringen blive udstyret med stærk magt til at påvirke klienten (jvf. Shapiro, 1971, pp. 459-463). Ofte vil klienten direkte søge at manipulere terapeuten til at påtage sig rollen som den magtfulde og formynderiske autoritetsperson (Goldberg, 1977).

Mange praktikere og teoretikere på psykoterapiområdet anser magtrelationen mellem terapeut og klient for at være helt afgørende for udfaldet af psykoterapi. Tilsvarende anses det for et centralt led i psykoterapeutisk forandring, at klientens meninger, holdninger og værdier påvirkes af terapeuten (Frank, 1961; Haley, 1963; Strong, 1968; Bandura, 1969; Goldstein, 1971; Strupp, 1973; Beutler, 1983). Fra socialpsykologiske undersøgelser ved vi, at personer, der er selvsikre, befinder sig i en uklar og mangetydig situation og udsættes for påvirkning fra en person med høj prestige, er særligt tilgængelige for holdningspåvirkning. Undersøgelser af holdningskonvergens i psykoterapi har i almindelighed fundet en i relation til psykoterapiforskningen relativ høj korrelation mellem klientens udbytte af psykoterapi og hans tilnærmelse til terapeutenes holdninger og værdier (Beutler, 1981; 1983).

Psykoterapi anskuet som social indflydelse eller påvirkning kan opdeles i to faser: i den første fase etablerer terapeuten sig som en magtfuld person i forholdet til klienten, medens han i den anden anvender sin magtbase til at påvirke klienten (Frank, 1961; Strong, 1968; Strupp, 1973; Beutler, 1983). Med udgangspunkt i French & Ravens (1959) opdeling har man især hæftet sig ved

følgende tre magtbaser: tiltræknings- eller referentiel magt, legitim magt og ekspertmagt (Strong, 1968; Strong & Matross, 1973). Tiltræknings- eller referentiel magt bygger på klientens positive vurdering af terapeutens person, og denne magtbase er fremhævet som central inden for de fleste former for psykoterapi. I klientcentreret terapi har terapeutens varme, empati og ægthed været anset for "nødvendige og tilstrækkelige" betingelser for positiv terapeutisk forandring (Rogers, 1957). Psykoanalysen deler referentiel magt op i to dele: behandlingsalliancen, der knytter sig til klientens realistiske vurdering af terapeuten, og den positive overføring, der er præget af infantile projektioner, og begge anses for centrale momenter i bekæmpelsen af klientens modstand (Greenson, 1967). Legitim magt relaterer sig til terapeutens socialt institutionaliserede autoritetsrolle som behandler, der foreskriver klientens underkastelse i den forstand, at han accepterer berettigelsen af, at terapeuten foreslår ændringer i hans livsførelse. Ekspertmagt er funderet på klientens oplevelse af terapeutens dygtighed ud fra terapeutens adfærd i terapien eller ud fra status og omdømme. Det er vigtigt at understrege, at magtbaserne beror på *klientens* vurdering af terapeuten og ikke på dennes faktiske egenskaber og færdigheder. Hvis ikke terapeuten tilskrives magt gennem klientens oplevelse, har han i almindelighed meget ringe mulighed for at påvirke klienten.

Hvis psykoterapi har karakter af en social indflydelses- eller påvirkningsproces, er det vel rimeligt at antage, at en maksimering af terapeutens magtposition i forholdet kan være befordrende for terapeutisk forandring. Ifølge Gillis (1974) anvender da også alle psykoterapeuter, bevidst eller ubevidst, manøvrer og manipulationer, som bidrager til deres magt over klienten, nogle endog sådanne, der overstiger "en bilsælgers vildeste drømme". Efter Gillis opfattelse bør det være sådan, eftersom det er terapeutens opgave at effektuere forandring hos klienten. Ikke desto mindre knytter der sig en række etiske og praktiske problemer såvel til den almindelige institutionaliserede magtfordeling i det terapeutiske forhold som til terapeutens bestræbelser for at udbygge sin magtbase for at kunne anvende denne til direkte at påvirke klienten.

Enhver ulige magtfordeling mellem mennesker rummer etiske problemer vedrørende magtens anvendelse. Hvor der som i psykoterapi i væsentlig grad er tale om påvirkning af holdninger og værdier, må spørgsmålet om foreneligheden mellem de pågældendes værdier ofres betydelig interesse. Indtil 1974 blev homoseksualitet officielt anset for en sygdom i amerikansk psykiatri. Mange psykoanalytikere, der behandler homoskesuelle, mener stadig ud fra deres ætiologiske teorier, at homoseksualitet og neurose er nært beslægtede. Og selv om adfærdsterapeuter i almindelighed har taget afstand fra opfattelsen af homoseksualitet som sygdom, har adfærdsterapeuterne traditionelt delt de almindelige fordomme mod homoseksualitet som mindre godt eller rationelt end heteroseksualitet, og den almindeligste behandlingsform over for homoskesuelle har været aversionsterapi (Davison & Wilson, 1973). Traditionel psykoterapis potentielle kvindeundertrykkelse har været et fremtrædende mål for den feministiske kritik af psykoanalysen. Psykoterapi sigter ifølge denne kritik mod at tilpasse kvinder til en traditionel mandsdefineret "normalitet", der ikke svarer til kvindefrigørelsens kvindes rolle. Edith Weiskopf-Joelson fortæller om sin egen læreanalyse, at psykoanalytikerens afsluttende bemærk-

ning om, hvordan hendes fremtidige mand måtte tænkes at vurdere hende, pludselig lod hende se psykoanalysen i et nyt lys: som "en sofistikeret form for geisha træning, der forbereder en kvinde til at behage sin mand." (1980, p. 464). Bergin (1980) har peget på, at der ofte er en væsentlig værdimæssig kløft mellem terapeutens seksuelt liberale og ateistiske moral over for klienters mere konservative seksuelle og religiøse værdier, og at dette kan være grobund for uhensigtsmæssige værdimæssige gnidninger i terapien. Værdimæssige uoverensstemmelser mellem terapeut og klient på områder som de ovennævnte kan klart nok være kilde til etiske problemer, men det gælder alment, at terapeuten bør ofre værdimæssige forskelle mellem sig og klienten seriøse etiske overvejelser i lyset af mulighederne for værdimæssige overgreb.

En maksimering af terapeutens magtposition i forholdet til klienten accentuerer naturligvis sådanne problemer. Jo større magt, des større mulighed for magtmisbrug. Egentlig intenderet magtmisbrug i psykoterapi er utvivlsomt uhyre sjældent, men da terapeutens påvirkning formidles gennem klientens oplevelse og vurdering, risikerer terapeuten mod sin viden og vilje at effektuere en forandring, der af klienten opleves som uhensigtsmæssig eller direkte uheldig. Der er grund til at hæfte sig ved denne mulighed i lyset af de mange empiriske fund, der tyder på, at psykoterapi også undertiden resulterer i en forværring af klientens tilstand (Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977; Bergin & Lambert, 1978). I deres undersøgelse af encountergrupper fandt Lieberman et al. (1973), at stærkt karismatiske og styrende terapeuter, som følte sig utålmodige med hensyn til forandringsprocessens hastighed, og som var tilbøjelige til at påtvinge deltagerne deres egne værdier, opnåede mange "ofre", dvs personer med alvorlige psykiske forstyrrelser som følge af gruppedeltagelsen. Sådanne personer huskede ofte terapeutens negative bemærkninger længe efter "workshoppen" som en begivenhed af kritisk betydning for udfaldet. Et "offer" berettede f.eks., hvordan terapeutens skødesløse bemærkning om, at hun var "på randen af skizofreni", blev ved at runge i hendes hoved i mange måneder, gjorde hende deprimeret, søvnløs, og fik hende til at trække sig tilbage fra venner og familie (Lieberman et al. (1973), p. 24). I lyset af mulighederne for en sådan "stigmatiseringseffekt" gør terapeuten klogt i at følge Snyder & Newburg's råd (1981, p. 628): "speak softly because (you) carry a big stick." Sådanne problemer i forbindelse med terapeutens magtudøvelse er særligt fremtrædende i encountergruppe-sammenhæng, hvor terapeuten har ringe forhåndskendskab til klienternes behov og problemer, får utilstrækkelig tilbagemelding om deres udbytte, og hvor terapeuterne ofte bistået af gruppeprocesser formår at etablere sig som rene guruer. De etiske aspekter ved problemerne forstærkes her yderligere ved, at terapeutens magtposition oftest undsiges af en egalitær ideologi, der tilskriver klienterne ansvaret for alt, hvad der sker i terapien (jvf. Back, 1978).

Et særligt problem i forbindelse med terapeutens magtposition i forholdet til klienten består i, at terapeutens magt i væsentlig grad bygger på klientens afmagt. Der er tiltagende forståelse for det synspunkt, at klientens oplevede egenkompetence (self-efficacy", Bandura, 1977) eller oplevelse af at kunne "mestre" sine problemer (Frank, 1976) spiller en central rolle for udbyttet af psykoterapi, især i et langtidsperspektiv (Lieberman, 1978), og en sådan ople-

velse hos klienten synes vanskeligt at kunne fostres i et forhold til en magtfuld og dirigerende terapeut. Terapeutens "one-up" position i forholdet kan fastholde klienten i en "one-down" position og dermed være medvirkende til at cementere den interpersonelle afmagt og afhængighed, der er et centralt problem for de fleste psykoterapeutiske klienter.

En maksimering af asymmetrien i magtbalancen mellem terapeut og klient rummer som nævnt en række problemer, men det samme gør forsøg fra terapeutens side på helt at fraskrive sig sin magtposition i forholdet. Fra terapeutisk hold er således ofte fremhævet det uheldige i, at nybegynderterapeuter har vanskeligt ved at gøre deres autoritet gældende over for klienterne og synes tilbøjelige til at reducere terapeut-klient forholdet til et venskabsforhold (f.eks. Yalom, 1975). Bandura (1969) giver udtryk for den opfattelse, at de etiske problemer i forbindelse med magt og kontrol i psykoterapi i høj grad er overvurderet på bekostning af de etiske problemer i forbindelse med psykoterapiens begrænsede muligheder for at hjælpe klienterne til at forandre sig. Ifølge Bandura er ubetinget accept fra terapeutens side uhensigtsmæssigt for indlæring af ny adfærd (klienten opnår jo forstærkning ved at opføre sig på samme måde som hidtil), og Bandura mener, at hypotesen om, at klienten i det terapeutiske overføringsforhold kan indlære nye interpersonelle færdigheder, der kan generaliseres til klientens daglige omgangskreds, er usandsynlig i betragtning af terapeut-klient forholdets usædvanlige karakter. Bandura finder det mere sandsynligt, at "det kunstige forhold forsyner klienten med en substitut tilfredsstillelse for de manglende personlige forhold uden for terapien" (p. 79). Også andre har udtrykt bekymring for, at terapiformer, der alene satser på kvaliteten af det interpersonelle forhold mellem terapeut og klient, risikerer at prioritere forholdet på bekostning af terapeutiske fremskridt, eventuelt med klientens langvarige afhængighed af terapeuten til følge. Ensomhed er et centralt problem for psykoterapeutiske klienter (Frank, 1982). Nogle klienter kan derfor fristes til at prioritere forholdet til terapeuten frem for arbejdet med deres problemer. Anekdotiske vidnesbyrd indicerer, at også nogle terapeuter er tilbøjelige til at realisere deres nære forhold i relation til klienterne på bekostning af deres øvrige sociale relationer. Hvis det terapeutiske forhold i terapien dyrkes for sin egen skyld, rejser dette naturligvis alvorlige etiske problemer. Som Schofield udtrykker det (1964, p. 164): "If prostitution be the oldest of professions, is there any pride to be taken in the fact that the sale of friendship may be the commerce of the newest?"

Terapeutens magtposition i forholdet til klienten er en vigtig faktor med henblik på at kunne effektuere forandring. Men samtidig med at terapeuten ikke kan undsige sig sin magt, kan han heller ikke uproblematisk gøre brug af den. Magtens dilemma i psykoterapi består i, at terapeuten skal anvende sin magtposition i forholdet til at fremme klientens frigørelse, medens på den anden side terapeutens magt i væsentlig grad bygger på klientens afhængighed og afmagt. Haley (1963) har udtrykt dilemmaet på den måde, at terapeuten i psykoterapi skal søge at påvirke klienten, så denne forandrer sig af egen fri vilje.

Den konkrete udformning af magtens dilemma i psykoterapi afhænger af en række forhold, naturligvis ikke mindst af klienten og terapeuten. Medens der findes charismatiske charlataner, der på trods af, at de synes at gøre mere

skade end gavn over for deres klienter, alligevel formår at bevare deres terapeutiske selvrespekt og kollegiale omdømme (jvf. Lieberman et al., 1973), findes der på den anden side også autoritære og dirigerende terapeuter, der alligevel formår at kommunikere empati og respekt for klienternes personlige integritet. Tilsvarende synes det klart, at klientens udbytte af en særlig terapeutisk stil kan variere med hans personlighed, problemer eller præference. F.eks. er der empirisk belæg for, at klienter med høj grad af "indrestyring" og "reaktans" (dvs. modstand mod at lade sig kontrollere) klarer sig bedre med en ikke-dirigerende terapeutstil, medens modsat "ydrestyrede" og lavt "reaktante" klienter synes tilgængelige for en mere dirigerende form for terapi (Beutler, 1979; 1983; Brehm & Brehm, 1981).

Forskellige tekniske tiltag er taget i anvendelse for at imødegå de praktiske problemer i forbindelse med magtens dilemma i psykoterapi. Et første tiltag består i at maksimere asymmetrien i det terapeutiske forhold i starten af behandlingen, for senere at tilstræbe symmetri i forholdet. En række undersøgelser af psykoterapi har således fundet, at "dominans-underkastelses"-ratioen mellem terapeut og klient er for nedadgående, efterhånden som behandlingen skrider frem (Shapiro, 1971). I starten af terapien kan det være vigtigt, at terapeuten fremtræder som en magtfuld ekspert, medens det senere i forløbet bliver tiltagende vigtigt, som Frank (1982, p. 28) udtrykker det, at "formidle til patienten, at fremskridt er resultatet af individets egne anstrengelser", hvilket efter Franks opfattelse sker inden for alle terapeutiske retninger. Et andet tiltag består i at lægge vægt på, at de terapeutiske fremskridt sker trinvis, således at klienten får mulighed for at opleve, at han selv har kontrol over forandringen (Schorr & Rodin, 1982). I forbindelse med hypno-terapi, hvor magt/afhængighedsproblemerne selvsagt er accentuerede, har Milton Erickson gjort sig til talsmand for den opfattelse, at terapien aldrig skal sigte mod en total løsning af klientens problemer, men kun mod en partiel bedring, bl. a. for at sikre at klienten kan fortsætte forandringen på egen hånd, hvorved han oplever større tiltro til sin egen formåen og mindre afhængighed af de "terapeutiske krykker" (Watzlawick, 1978, p. 73). Endelig kan som en tredje form for tiltag nævnes de paradoksale påvirkningsteknikker, som Haley – stærkt inspireret af Milton Erickson – har fremdraget (1963), hvor terapeuten styrer, men samtidig benægter, at han styrer, med det formål at fremkalde en "spontan" forandring hos klienten.

Sådanne terapeutiske tiltag ophæver imidlertid ikke magtens dilemma i psykoterapi eller de tilhørende etiske problemer. Der findes ingen patentløsning på spørgsmål om, hvordan terapeuten etablerer sin magtbase i forholdet til klienten, eller hvordan han gør brug af den til at påvirke klienten, herunder i hvor høj grad han forsøger at gøre sin indflydelse gældende for at ændre klienten uden dennes bevidste medviden og -virken. En frugtbar udnyttelse af magtens realitet i psykoterapi fordrer, at det terapeutiske forhold etableres i en dialektisk balancegang mellem et asymmetrisk magt/afmagts- og et symmetrisk egalitært forhold. I de senere årtiers debat er det almene balancepunkt i magtens dilemma i psykoterapi forrykket i retningen fra det autoritære mod det egalitære (Goldberg, 1977; Karasu, 1981). Blandt magtbasere er især den referentielle blevet fremhævet (Rodin & Janis), 1979, idet denne bygger på

klientens tiltrækning til og identifikation med terapeuten og dermed ikke forudsætter klientens afmagt. Tilsvarende er der i behandlingen af psykoterapiens etiske problemer lagt større vægt på åbenhed og information fra terapeuten side og på betydningen af en eksplicit kontraktlig regulering af forholdet (Goldberg, 1977; Stoltz, 1978). Denne udvikling, der har sammenhæng med de almene udviklingstendenser i samfundet, har flyttet dilemmaets grænser, men ikke ophævet det. Tidsånden er med til at definere spillereglerne i psykoterapi, men den formår næppe totalt at ændre spillets centrale taktiske og strategiske problemer.

Videnskabelighedens dilemma

De psykoterapeutiske professioner anskuer psykoterapi som videnskabeligt funderet metode. Den amerikanske Psykiatriske Forening anfører følgende princip i dens etikregler hentet fra de tilsvarende regler for Den amerikanske Lægeforening: "En læge skal praktisere en helbredelsesmetode funderet på videnskabelig basis, og han må ikke frivilligt knytte professionel kontakt med nogen, der bryder dette princip." (Bloch & Chodoff, 1981b, p. 354). Den amerikanske Psykologforenings etikregler er knap så eksplicite på dette punkt, om end det fremhæves, at psykologer skal holde sig ajour med den videnskabelige udvikling, der er relateret til deres professionsfelt³ og periodisk evaluere resultaterne af deres interventioner.⁴ Singer (1980) har gjort sig til talsmand for det synspunkt, at en af de mest centrale etiske værdier i psykoterapi fordrer, at behandlingen er baseret på viden fra de relevante videnskabelige discipliner, først og fremmest psykologi. Ikke desto mindre kan kravet om, at terapeuten praktiserer psykoterapi på videnskabelig basis, stille psykologen over for vanskelige problemer i lyset af psykoterapiens mangelfulde videnskabelige afklaring.

Kløften mellem videnskab og praksis inden for psykoterapiområdet er ofte påpeget og beklaget. Videnskabsmand-praktiker modellen for den kliniske psykologi har fået skud for boven af den kendsgerining, at få praktiserende klinikere bidrager til forskningen (jvf. Garfield & Kurtz, 1976), samt – endnu alvorligere – af, at mange klinikere end ikke påvirkes af forskningsresultaterne inden for deres praksisområde (Barlow, 1981). Til dato er psykoterapiens udvikling først og fremmest blevet præget af de klinikere, der har kunnet pege på nye og iøjnefaldende terapeutiske principper, har været i stand til at skrive klart og fængslende om deres teorier, eller har afholdt mange terapikurser (ib.), medens psykoterapiforskningen har spillet en endog yderst beskedne rolle, måske bortset fra adfærdsterapiområdet. Resultatet er blevet en fremblomstring af talrige terapisystemer, der i de fleste tilfælde forfægtes dogmatisk af deres tilhængere, der samtidig er tilbøjelige til at frakende andre terapisystemer reel værdi, hvilket har resulteret i nærmest babylonisk forvirring på området (jvf. Hougaard, 1984). Set med videnskabsmandens øjne (f.eks. Sin-

3. Ethical Principles of Psychologists (1981, p. 634).

4. Speciality Guidelines for the delivery of services by clinical psychologists (1981, p. 648).

ger, 1980) er kløften mellem forskere og praktikere på psykoterapiområdet først og fremmest et resultat af sektarisme og manglende vilje blandt praktikerne til at lade sig vejlede af den psykologiske forskning.

Fra klinikerne er på den anden side fremført, at psykoterapiforskningen i almindelighed er værdiløs over for de problemer, de støder på i deres daglige praksis. En række psykoterapeuter, der har spillet en fremtrædende rolle inden for psykoterapiforskningen, har medgivet, at deres forskning har haft ringe indflydelse på deres praksisudøvelse (f.eks. Matarazzo, 1972; Rogers, 1972; Frank, 1982). Matarazzo udtaler f.eks. (1972, p. 340): "Even after 15 years, few of my research findings affect my practice. Psychological science per se doesn't guide me one bit. I still read avidly, but this is of little direct practical help. My clinical experience is the only thing that has helped in my practice to date . . .". Det er selvsagt vanskeligt at udforske et så komplekst fænomen som psykoterapi med eksakte videnskabelige metoder, og mange forskere har været tilbøjelige til at vægte det metodologisk håndterlige frem for det praktisk betydningsfulde i valg af problemstillinger for deres undersøgelser. Det er også blevet påpeget, at centrale træk ved det traditionelle forskningsdesign i psykoterapiforskningen gør det vanskeligt at udføre klinisk meningsfuld forskning (Barlow, 1981). F.eks. er det traditionelle gruppesammenligningsdesign tilbøjelig til at udviske de individuelle forskelle, der kan have den største betydning for den praktiserende kliniker, ligesom statistisk signifikans ikke uden videre kan sidestilles med "klinisk signifikans". Forskellige alternativer er foreslået, bl.a. såkaldte "enkelt-case" designs, der bedre skulle kunne tilgodese psykoterapiens idiografiske islæt (Kazdin, 1982; Barlow & Hersen, 1984). Værdien af sådanne designs for bestræbelserne på at bygge bro mellem teori og praksis på psykoterapiområdet er endnu uafklaret. Et særligt problem består i, at de synes at forudsætte en eksplicitet med hensyn til terapeutisk metode, der kun eksisterer inden for få terapiformer.

Uanset hvor skylden placeres, er det klart, at kløften mellem videnskab og praksis er et alvorligt problem for de psykoterapeutiske professioner. Etiske krav fordrer, at professionel psykoterapi udøves på videnskabeligt grundlag, hvad er ellers forskellen mellem profession og kvaksalveri? Og hvis ikke klinikerne vil lade sig vejlede af psykoterapiforskningen, er det, som Parloff (1980) påpeger, sandsynligt at politikerne vil – i spørgsmål om autorisation, stillingsoprettelse og sygesikringsdækning. Parloff udtrykker håb om, at dette forhold kan bidrage som en nok så håndgribelig motivationskilde til at overkomme kløften, som han omtaler som psykoterapiens "anaklitiske depression".

Heldigvis ser det ud til, at konklusionerne på mere end 30 års forskning i psykoterapiens effektivitet konvergerer mod en bekræftelse af den almindelige kliniske antagelse: psykoterapi synes at være et effektivt behandlingsmiddel over for et bredt spektrum af psykiske problemer (Luborsky et al., 1975; Bergin & Lambert, 1978; Smith et al., 1980). Undersøgelser af psykoterapiens bidrag til den almene sundhedstjeneste har også sandsynliggjort, at psykoterapi i mange tilfælde kan være en særdeles konkurrencedygtig behandlingsform vurderet ud fra "cost-benefit" analyser (Kiesler, 1980).

Hermed hører imidlertid i det store og hele harmonien mellem videnskab og praksis på psykoterapiområdet op, idet det billede, der i øvrigt tegner sig af

psykoterapi ud fra terapiforskningen er lidet flatterende for psykoterapiens selvforståelse. Jeg skal her ganske kort ridse billedet op i en række punkter (for en lidt mere udførlig redegørelse henvises til Hougaard, 1984): (1) Med meget få undtagelser har det ikke været muligt at dokumentere, at særlige behandlingsformer har større effekt end andre over for særlige problemer (Frank, 1979). (2) Det er ikke dokumenteret, at psykoterapi virker bedre end placebo i betydningen: en hvilken som helst anden behandling, der vækker samme håb om bedring hos klienterne (Kazdin & Wilcoxon, 1976; Prioleau, 1983; Klein & Rabkin, 1984). (3) Der er ikke fundet nogen klar sammenhæng mellem terapiens varighed og dens effekt (Orlinsky & Howard, 1978; Smith et al., 1980). I almindelighed har man fundet, at korttidsterapi har lige så stor effekt som længerevarende terapi uden tidsgrænse (Butcher & Koss, 1978). (4) Der er ikke fundet overbevisende dokumentation for en sammenhæng mellem terapeutens uddannelse og erfaring på den ene side og udbyttet af behandlingen på den anden (Auerbach & Johnson, 1977; Parloff et al., 1978). I en oversigtsopgørelse af effektundersøgelser af psykoterapi forestået af henholdsvis lægterapeuter og professionelle terapeuter fandt Durlak (1979), at lægterapeuterne i alle tilfælde klarede sig lige så godt som eller endog bedre end de professionelle terapeuter. (5) Terapeutens personlige kvaliteter synes at spille en større rolle for terapiens udfald end teknik og teori (Bergin & Lambert, 1978). (6) Klientvariabler har alment vist sig at være de bedste prædikatorer for psykoterapiens udfald (Luborsky et al., 1971; Bergin & Lambert, 1978; Frank et al., 1978). Klienter, der i forvejen klarer sig godt inden behandlingen, vil også sandsynligt kunne profitere mest af den (Luborsky et al., 1971).

Som Eyseneck (1983) har fremhævet, kræves en noget special definition af psykoterapi, hvis den skal anskues som en behandlingsform, der ikke afhænger af terapeutens teknik, uddannelse og erfaring, eller af tidsforløbet den strækker sig over! Psykoterapiforskningens nuværende stadi bør dog medreflekteres i vurderingen af disse "resultater", inden man ukritisk accepterer et sådant billede af psykoterapi. På den anden side maner de til eftertanke, og den mangelfulde empiriske underbyggelse af psykoterapi kan ikke undgå at være etisk belastende for professionen. Perspektivet anskueliggøres af Michael Scrivens forslag til Den amerikanske Psykologforenings etiske komité, at foreningens kliniske medlemmer forpligtede sig til at præsentere et kort for deres fremtidige klienter, hvorpå stod påtrykt, at den behandlingsmetode, de nu skulle underkaste sig, aldrig var blevet påvist at virke bedre end placebo!⁵

Ifølge Frank (1982) har de fleste psykoterapeutiske rationaler og teknikker først og fremmest karakter af "myter" og "ritualer", der virker i kraft af deres almene funktion snarere end deres specifikke indhold. Deres funktion er især at styrke terapeutens og klientens moral og tiltroen til, at det er muligt at gribe effektivt ind over for problemerne. Behandlingens effekt kan derfor tænkes ikke så meget at afhænge af teoriens videnskabelige underbyggelse som af dens gængse salgsværdi på terapimarkedet. Hvis Frank har ret – og udbuddet af terapeutiske rationaler lader mig selv i ringe tvivl – stiller dette psykoterapeuter i et etisk dilemma over for fristelsen til at hoppe med på nye,

5. *APA Monitor*, december, 1974, her citeret fra Smith & Glass (1977).

dygtigt markedsførte terapiformer, som er egnede til at fremme såvel terapeutens entusiasme som klientens håb om helbredelse. Videnskabelig nøgternhed kan muligvis på psykologiens nuværende udviklingstrin have vanskeligt ved at konkurrere med faktorer, der fra medicinen er velkendte som placeboene faktorer: at der er tale om en ny metode med betydelig emotionel, intellektuel og finansiel investering fra en udøver med høj prestige, samt at metoden er detaljeret, berømt, esoterisk og undertiden farlig (Shapiro & Morris, 1978).

Den videnskabelige udforskning af psykoterapi er af nyere dato, og den har hidtil kun i begrænset omfang formået at påvirke praksis. Dens funktion til nu har først og fremmest været at punktere myter og redde "common-sense" antagelser i psykoterapi (Frank, 1982; Hougaard, 1983). Værdien af denne funktion bør imidlertid ikke undervurderes. Selv om der kun er meget beskedne bidrag til en videnskabeligt udviklet teknologi på området, og selv om en videnskabelig tilgang til psykoterapi ikke synes at være en forudsætning for at opnå den artistiske virtuositet, der kendetegner psykoterapeutiske "superstars", er det sandsynligt, at den videnskabeligt orienterede terapeut i det mindste vil kunne undgå en række af de faldgruber, der er til stede i psykoterapi, og som bevirker, at selv erfarne og velrenommerede terapeuter undertiden ikke formår at hjælpe deres klienter, eller direkte risikerer at forårsage en forværring af deres tilstand (jvf. Lieberman et al., 1973). Mit eget "credo" i denne sammenhæng udsiger derfor, at egentlig professionel psykoterapi skal udøves på baggrund af en grundig og ajourført viden om psykopatologi og psykologisk intervention.

Jeg er også enig med Singer (1980) deri, at der efterhånden tegner sig konturer af en psykologisk forståelse af mekanismer og processer i psykoterapi, der med tiden kan forventes at udmønte sig i en psykoterapi på videnskabeligt grundlag. Som lovende bud på en udvikling i retning af en sådan forståelse vil jeg nævne den hastigt voksende socialpsykologiske udforskning af den terapeutiske interaktion med vægt på såkaldt "non-specifikke" faktorer (Wills, 1982), teoretiske afklaringsforsøg af centrale terapeutiske fænomener som f.eks. katharsis (Nichols & Zax, 1977) og empati (Gladstein, 1983), den begyndende klarhed over specifikke terapeutiske faktorerers bidrag ved behandling af fobier (Barlow & Beck, 1984), samt forsøg på at opstille eklektiske teorier om psykoterapi (Garfield, 1980; Beutler, 1983; Proschaska, 1984). Jeg ser det også som en meget positiv udvikling, at de dominerende terapeutiske skoledannelser efterhånden bevæger sig henimod større åbenhed over for hinandens terapeutiske metoder (jvf. Goldfried, 1982), således at den tidligere kendte skyttegravsrig erstattes af en mere frugtbar dialog.

Helt ophæves kan kløften mellem videnskab og praksis i psykologien næppe, så lidt som den kan det i andre praktiske videnskaber som f.eks. medicin, dertil er fænomenerne i psykoterapi utvivlsomt for komplekse, ligesom psykoterapiens praktiske udøvelse må antages altid at have et stærkt islæt af kunst eller håndværksmæssig kunnen. Men i en mere "moden" udgave vil psykoterapiens videnskabelige dilemma ikke bestå i at skulle basere praksis på en videnskabelig forståelse, hvis eksistens eller praktiske værdi alvorligt kan drages i tvivl, men i den mere frugtbare spænding mellem praktikerens tiltro til

sine metoders effektivitet og videnskabsmandens skepsis over for behandlingsmetodernes rationaler og effektivitet.

Sammenfatning

Artiklen har beskæftiget sig med nogle etiske problemer i psykoterapi, der tegner sig markant ud fra en teoretisk indfaldsvinkel til psykoterapi. Først forsøgte jeg at vise det uholdbare i klassiske psykologiske opfattelser af psykoterapi, der har været anført som argumenter for, at psykoterapi kan udøves værdineutralt og dermed i minimal berøring med etiske problemer. Hverken psykoanalysens opfattelse af terapeuten som en videnskabelig vejleder, den klientcenterede terapies opfattelse af terapeuten som alene en katalysator for klientens frigørelse eller adfærdsterapiens opfattelse af terapeuten som en teknisk ekspert i et kontraktligt forhold til klienten er egnede til at imødegå etiske problemer i psykoterapi. Psykoterapi indebærer magt og påvirkning i et forhold, der mere er præget af parternes personlige kvaliteter end af terapeuten teknikker, og dette er med til at afstikke de særlige etiske problemer for psykoterapi. I artiklens andet hovedafsnit redegjorde jeg for nogle etiske problemer, der knytter sig til magtrelationen i psykoterapi. Terapeutens magtposition i forholdet til klienten udgør et dilemma i og med, at den både kan fungere som terapeutisk faktor med henblik på at fremme den terapeutiske forandring og lægge hindringer i vejen for klientens frigørelse ved at fastholde dennes afmagt. Jeg forsøgte at opridse nogle konturer af det dialektiske spændingsfelt, inden for hvilke magtudøvelsen i psykoterapi kan tænkes at finde sted, og påpegede samtidigt, at der ikke findes nogen patentløsning på magtens dilemma i psykoterapi. Endelig skitserede jeg til sidst nogle af de problemer, der knytter sig til psykoterapi som videnskabeligt begrundet profession, i lyset af dens foreløbige videnskabelige afklaringsniveau. En vis spænding mellem teori og praksis er uundgåelig for en praktisk disciplin som psykoterapi, men det øjeblikkelige billede, der tegner sig af psykoterapi ud fra empiriske undersøgelser, synes at trække spændingen skarpt op. Til nu er det ikke empirisk påvist, at psykoterapi i almindelighed har nogen specifik virkning over for psykiske lidelser, og heller ikke at en videnskabelig forståelse bidrager til behandlingens effekt. Dette stiller klart nok terapeuten i et vanskeligt dilemma i relation til terapeuten etiske forpligtelse til at fungere på videnskabeligt grundlag.

REFERENCELISTE

- ALBEE, G. W. The uncertain direction of clinical psychology. I: McNamara, J. R. & Barclay, A. G. (eds.) *Critical issues, developments and trends in professional psychology*, pp. 295-312. New York: Praeger, 1982.
- AUERBACH, A. H. & JOHNSON, M. Research on the therapist's level of experience. I: Gurman, A. S. & Razin, A. M. (eds.) *Effective psychotherapy: A handbook of research*, pp. 84-102. New York: Pergamon Press, 1977.

- BACK, K. W. An ethical critique of encounter groups, I: Bermant, G. Kelman, H. C. & Warwick, D. P. (eds.) *The ethics of social intervention*, pp. 103-117. New York osv.: Wiley & Sons, 1978.
- BANDURA, A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- BANDURA, A. The ethics and social purposes of behavior modification. I: Franks, C. M. & Wilson, G. T. (eds.) *Annual Review of Behavior Therapy, Vol. III*, pp. 13-20. New York: Brunner/Mazel, 1975.
- BANDURA, A. Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, pp. 191-215, 1977.
- BARLOW, D. H. On the relation of clinical research to clinical practice: current issues, new directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, pp. 147-155, 1981.
- BARLOW, D. H. & BECK, J. G. The psychosocial treatment of anxiety disorders: current status, future directions. I: Williams, J. B. W. & Spitzer, R. L. (eds.) *Psychotherapy research. Where are we and where should we go?*, pp. 29-66. New York & London, Guilford Press, 1984.
- BARLOW, D. H. & HERSEN, M. *Single case experimental designs. Strategies for studying behavior change*. New York osv.: Pergamon Press, 1984.
- BLOCH, S. & CHODOFF, P. Introduction. I: Bloch, S. & Chodoff, P. (Eds.) *Psychiatric ethics*, pp. 1-12. Oxford: Oxford University Press, 1981a.
- BLOCH, S. & CHODOFF, P. (eds.) *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1981b.
- BEUTLER, L. E. Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, pp. 882-892, 1979.
- BEUTLER, L. E. Convergence in counseling and psychotherapy: A current look. *Clinical Psychology Review*, 1, pp. 79-102, 1981.
- BEUTLER, L. E. *Eclectic psychotherapy. A systematic approach*. New York osv.: Pergamon Press, 1983.
- BERGIN, A. E. Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, pp. 95-105, 1980.
- BERGIN, A. E. & LAMBERT, M. J. The evaluation of therapeutic outcomes. I: Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*, pp. 139-189. New York: Wiley & Sons, 1978.
- BREHM, S. S. & BREHM, J. W. *Psychological reactance. A theory of freedom and control*. New York osv: Academic Press, 1981.
- BUTCHER, J. N. & KOSS, M. P. Research on brief and crisis-oriented therapies. I: Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley & Sons, 1978.
- DANSK PSYKOLOGFORENINGIS ETIKREGLER. I: *Psykologhåndbogen*. København: Dansk Psykologforening, 1978.
- DAVISON, G. C. & WILSON, G. T. A survey to the attitudes of behavior therapists towards homosexuality. *Behavior Therapy*, 4, pp. 686-696, 1973.
- DURLAK, J. A. Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86, pp. 80-92, 1979.
- EAGLE, M. & WOLITZKY, D. L. Therapeutic influences in dynamic psychotherapy: A review and synthesis. I: Slipp, S. (ed.) *Curative factors in dynamic psychotherapy*. New York: McGraw-Hill, 1982.
- ETHICAL PRINCIPLES OF PSYCHOLOGISTS. *American Psychologist*, 36, pp. 633-638, 1981.
- EYSENCK, H. J. Special review: M. L. Smith, G. V. Glass and T. I. Miller: The benefits of psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 21, pp. 315-320, 1983.
- FISHER, S. & GREENBERG, R. P. *The scientific credibility of Freud's theories and therapy*. New York: Basic Books, 1977.
- FORD, J. D. Therapeutic relationship factors in behaviour therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, pp. 1302-1314, 1978.
- FRANK, J. D. *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1961. (2. reviderede udgave, 1973).

- FRANK, J. D. Psychotherapy and the sense of mastery. I: Spitzer, R. L. & Klein, D. F. (eds.). *Evaluation of psychological therapies*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1976.
- FRANK, J. D. The present status of outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, pp. 310-316, 1979.
- FRANK, J. D. Therapeutic components shared by all psychotherapies. I: Harvey, J. H. & Parks, M. M. (eds.) *The master lecture series, Vol. I, Psychotherapy research and behavior change*, pp. 5-37. Washington: American Psychological Association, 1982.
- FRANK, J. D., HOEHN-SARIC, R., IMBER, S. D., LIBERMAN, B. L. & STONE, A. R. *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- FRANKS, C. M. & WILSON, G. T. Ethical and related issues in behavior therapy. Commentary. I: Franks, C. M. & WILSON, G. T. (eds.) *Annual Review of Behavior Therapy*, Vol. III, pp. 1-11. New York: Brunner/Mazel, 1975.
- FRENCH, J. R. P. & RAVEN, B. H. The bases of social power, I: Cartwright, D. (ed.). *Studies in social power*, pp. 150-167. Ann Arbor, Mich.: University of Michigan Press, 1959.
- FREUD, S. *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. I: *Gesammelte Werke, Bd. XV*. Frankfurt a. M.: 1973 (opr. 1917).
- GARFIELD, S. L. *Psychotherapy. An eclectic approach*. New York: John Wiley & Sons, 1980.
- GARFIELD, S. L. & KURTZ, R. Clinical psychologist in the 1970s. *American Psychologist*, 31, pp. 1-9, 1976.
- GILLIS, J. Social Influence therapy: the therapist as manipulator. *Psychology Today*, 8, pp. 90-95, 1974.
- GLADSTEIN, G. A. Understanding empathy: Integrating counseling, developmental, and social psychology perspectives. *Journal of Counseling Psychology*, 30, pp. 467-482, 1983.
- GOLDBERG, C. *Therapeutic partnership. Ethical concerns in psychotherapy*. New York: Springer, 1977.
- GOLDDIAMOND, I. Towards a constructional approach to social problems: ethical and constitutional issues raised by applied behavioral analysis. I: Franks, C. M. & Wilson, G. T. (eds.) *Annual Review of Behavior Therapy, Vol. 3*, pp. 21-63. New York: Brunner/Mazel, 1975.
- GOLDFRIED, M. R. (ed.) *Converging themes in psychotherapy: Trends in psychodynamic, humanistic and behavioral practice*. New York: Springer, 1982.
- GOLDSTEIN, A. P. *Psychotherapeutic attraction*. New York osv: Pergamon Press, 1971.
- GRÜNBAUM, A. Can psychoanalytic theory be cogently tested "on the couch"? Part I and II. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 5, pp. 155-256 og 311-436, 1982.
- GURMAN, A. S. The patients' perception of the therapeutic relationship. I: Gurman, A. S. & Razin, A. M. (eds.) *Effective psychotherapy. A handbook of research*. New York: Pergamon Press, 1977.
- HAAS, L. J. & FENNIMORE, D. Ethical and legal issues in professional psychology: selected works, 1970-1981. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, pp. 540-548, 1983.
- HAAS, L. J., FENNIMORE, D. & WARBURTON, J. R. A bibliography on ethical and legal issues in psychotherapy, 1970-1982. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, pp. 771-799, 1983.
- HALEY, J. *Strategies of psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, 1963.
- HARTLEY, D. & STRUPP, H. Therapeutic alliance: A contribution to outcome in brief psychotherapy. I: Masling, J. (ed.). *Empirical studies of psychoanalytic theory*. Hillsdale, N. J.: Earlbaum, 1982.
- HOUGAARD, E. Psykotterapi som non-specifik behandling. *Psykologisk Skriftserie Aarhus, no. 6, vol. 8*, 1983.
- HOUGAARD, E. Psykoterapiens krise og bestræbelserne for at nå til specifikt virkende psykoterapeutiske metoder. *Agrippa - psykiatriske tekster*, 6, pp. 89-117, 1984.
- KARASU, T. Ethical aspects of psychotherapy. I: S. Bloch & P. Chodoff (eds.) *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press, pp. 139-189, 1981b.

- KAZDIN, A. E. *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press, 1982.
- KAZDIN, A. E. & WILCOXON, L. A. Systematic desensitization and non-specific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, pp. 729-758, 1976.
- KELMAN, H. C. & WARWICK, D. P. The ethics of social intervention: Goals, means and consequences. I: Bermant, F., Kelman, H. C. & Warwick, D. P. (eds.) *The ethics of social intervention*, pp. 3-33. New York osv: Wiley & Sons, 1978.
- KERNBERG, O. F. General discussion. I: Williams, J. B. W. & Spitzer, R. L. (eds.) *Psychotherapy research. Where are we and where should we go?*, p. 270 New York & London. Guilford Press, 1984.
- KIESLER, C. Mental health policy as a field of inquiry for psychology. *American Psychologist*, 35, pp. 1066-1080, 1980.
- KLEIN, D. F. & RABKIN, J. G. Specificity and strategy in psychotherapy research and practice. I: Williams, J. B. W. & Spitzer, R. L. (eds.) *Psychotherapy research. Where are we and where should we go?*, pp. 306-329. New York & London, Guilford Press, 1984.
- KORCHIN, S. J. Clinical psychology and minority problems. *American Psychologist*, 35, pp. 262-269, 1980.
- KRASNER, L. & ULLMANN, L. P. Variables in the verbal conditioning of schizophrenic subjects. *American Psychologist*, 13, p. 358 (abstract), 1958.
- LAMBERT, M. J. Relation of helping skills to treatment outcome. I: Marshall, E. K. & Kurtz, P. D. (eds.) *Interpersonal helping skills. A guide to training methods, programs, and resources*, pp. 26-53. San Francisco osv: Jossey-Bass, 1982.
- LANYON, R. I. & LAYON, B. P. *Behavior therapy. A clinical introduction*. Reading, Mass. osv: Addison Wesley, 1978.
- LIBERMAN, B. L. The role of mastery in psychotherapy: Maintenance of improvement and prescriptive change. I: Frank, J. D., Hoehn Saric, R., Imber, S. D. Liberman, B. L. & Stone, A. R. *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1978.
- LIEBERMAN, M. A., YALOM, I. D. & MILES, M. B. *Encounter groups: first facts*. New York: Basic Books, 1973.
- LORION, R. P. Research on psychotherapy and behavior change with the disadvantaged. I: Garfield, S. L. & Bergin, A. E. *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley & Sons, 1978.
- LUBORSKY, L., CHANDLER, M., AUERBACH, A. H., COHEN, J. & BACHRACH, H. M. Factors influencing the outcome of psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 75, pp. 145-185, 1971.
- LUBORSKY, L., SINGER, B. & LUBORSKY, L. Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, pp. 995-1008, 1975.
- MARZIALI, E., MARMAR, C. & KRUPNICK, J. Therapeutic alliance scales: Development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, 138, pp. 361-364, 1981.
- MATARAZZO, J. D. Interview. I: Bergin, A. E. & Strupp, H. H. *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago & New York: Aldine/Atherton, 1972.
- MOWRER, O. H. & VESZELOVSKY, A. V. There may indeed be a "right way": response to James D. Smrtic. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, pp. 440-447, 1980.
- MURRAY, E. J. A content-analysis method for studying psychotherapy. *Psychological Monographs*, 70 (13), Whole No. 420, 1956.
- NICHOLS, M. P. & ZAX, M. *Catharsis in psychotherapy*. New York: Gardner Press, 1977.
- ORLINSKY, D. E. & HOWARD, K. I. The relation of process to outcome in psychotherapy. I: Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons, 1978.
- PARLOFF, M. B. Psychotherapy and research. An anaclitic depression. *Psychiatry*, 43, pp. 272-293, 1980.
- PARLOFF, M. B., I. E. WASKOW & B. E. WOLFE. Research on therapist variables in re-

- lation to process and outcome. I: Garfield, S. L. & Bergin, A. E. *Handbook of Psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons, 1978.
- PRIOLEAU, L., MURDOCH, M. & BRODY, N. An analysis of psychotherapy vs. placebo studies. *Behavioral and Brain Sciences*, 6, pp. 275-285, 1983.
- PROSCHASKA, J. *Systems of psychotherapy*. Homewood, Ill.: Dorsey Press, 2. reviderede udgave 1984.
- RODIN, J. & JANIS, I. L. The social power of health-care practitioners as agents of change. *Journal of Social Issues*, 35, pp. 60-81, 1979.
- ROGERS, C. R. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, pp. 95-103, 1957.
- ROGERS, C. *On becoming a Person. A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable, 1961.
- ROGERS, C. R. Interview. I: Bergin, A. E. & Strupp, H. H. *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago & New York: Aldine/Atherton, 1972.
- SCHOFIELD, W. *Psychotherapy: the purchase of friendship*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1964.
- SCHORR, D. & RODIN, J. The role of perceived control in practitioner-patient relationships. I: Wills, T. A. (ed.) *Basic processes in helping relationships*, pp. 155-186. New York osv: Academic Press, 1982.
- SHAPIRO, A. K. The placebo effect in medicine, psychotherapy and psychoanalysis. I: Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analyses*. New York: Wiley, 1971.
- SHAPIRO, A. K. & MORRIS, L. A. Placebo effects in medical and Psychological therapies. I: Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons, 1978.
- SINGER, J. L. The scientific basis of psychotherapeutic practice: a question of values and ethics. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, pp. 372-383, 1980.
- SKINNER, B. F. *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf, 1971.
- SLOANE, R. B., STAPLES, F. R., WHIPPLE, K. & CRISTOL, A. H. Patients' attitudes towards behavior therapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 134, pp. 134-137, 1977.
- SMITH, M. L. & GLASS, G. V. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, pp. 752-760, 1977.
- SMITH, M. L., GLASS, G. R. & MILLER, T. I. *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1980.
- SNYDER, C. R. & NEWBURG, C. The Barnum effect in a group setting. *Journal of Personality Assessment*, 45, pp. 622-629, 1981.
- SPECIALITY GUIDELINES FOR THE DELIVERY OF SERVICES BY CLINICAL PSYCHOLOGISTS. *American Psychologist*, 36, pp. 640-651, 1980.
- SPIEGEL, R. On Psychoanalysis, values, and ethics. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 6, pp. 271-273, 1978.
- STOLTZ, S. B. Ethical issues in behavior modification. I: Bermant, G., Kelman, H. C. & Warwick, D. P. (eds.) *The ethics of social intervention*, pp. 37-60. New York osv: Wiley & Sons, 1978.
- STRONG, S. R. Counseling: An interpersonal influence process. *Journal of Counseling Psychology*, 15, pp. 215-224, 1968.
- STRONG, S. R. & MATROSS, R. P. Change processes in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 20, pp. 25-37, 1973.
- STRUPP, H. H. On the basic ingredients of psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, pp. 1-8, 1973.
- STRUPP, H. H. Some observations on the fallacy of value-free psychotherapy and the empty organism: comments on a case study. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, pp. 199-201, 1974.
- STRUPP, H. H., HADLEY, S. W. & GOMES-SCHWARTZ, B. *Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects*. New York, Jason Aronson, 1977.

- SZASZ, T. *The myth of psychotherapy. Mental healing as religion, rhetoric, and repression*. Oxford University Press, 1978.
- TRUAX, C. B. Reinforcement and non-reinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, pp. 1-9, 1966.
- WACHTEL, P. L. *Psychoanalysis and behavior therapy. Towards an integration*. New York: Basic Books, 1977.
- WARKER, C. E., ULISSI, S. M. & THURBER, S. Values in behavior therapy with children. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, pp. 431-439, 1980.
- WATZLAWICK, P. *The language of change*. New York: Basic Books, 1978.
- WEISSKOPF-JOELSON, E. Values: the enfant terrible of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, pp. 459-466, 1980.
- WILLIAMS, J. B. W. & SPITZER, R. L. (eds.) *Psychotherapy research. Where are we and where should we go?*. New York & London, Guilford Press, 1984.
- WILLS, T. A. (ed.) *Basic processes in helping relationships*. New York osv: Academic Press, 1982.
- WILSON, T. G. & EVANS, I. M. The therapist-client relationship in behavior therapy. I: Gurman, A. S. & Razin, A. M. (eds.) *Effective psychotherapy: a handbook of research*, pp. 544-565. New York: Pergamon Press, 1977.
- YALOM, I. D. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1975.